

附件 1

《出生医学证明》签发机构及印章备案登记表

县级卫生健康

市级卫生健康行政

行政部门（盖章）：

部门审核（盖章）：

组织机构名称		组织机构代码	
是否具备助产机构服务资质	是：		否：
法人代表			
分管领导姓名		职务	
联系电话			
管理人员姓名		职务	
联系电话			
证件申领人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
签发人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
印章管理人	姓名		联系电话
	公民身份号码		
印章启用时间			
印章终止时间			
《出生医学证明》专用章式样：		《出生医学证明》补发专用章式样：	

填表时间： 年 月 日

《出生医学证明》管理人员备案登记表

_____ 设区的市级卫生健康行政部门（盖章）

市卫生健康 行政部门 分管人员 姓名		性 别		职 务	
联系方式	手 机				
	办 公				
	邮 箱				
分管领导		职 务		联系电话	
市妇幼保健 机构分管 人员姓名		性 别		职 务	
联系方式	手 机				
	办 公				
	邮 箱				
分管领导		职 务		联系电话	

备注：相关内容变更须重新上报备案登记表

附件 2

《出生医学证明》季度配发表

_____年 第_____季度

_____市_____县（区） 单位名称：_____ 组织机构代码：_____

上季度申领数 (1)	上季度使用情况													上季度库存数 (15)	上季度医疗机构内活产数 (16)	本季度申领数 (17)
	医疗机构内出生的签发数						医疗机构外出生的签发数 (8)	废证数					合计 (14)			
	当年出生的首次签发数 (2)	既往年度出生的首次签发数 (3)	家庭接生员接生的签发数 (4)	换发数 (5)	补发数 (6)	小计 (7)		因打印或填写错误数 (9)	遗失数 (10)	损毁数 (11)	其他原因数 (12)	小计 (13)				

单位负责人：_____ 填表人：_____ 联系方式：_____ 填表日期：_____年__月__日

注：1. 本统计表《出生医学证明》的数量单位为“张”。

2. 表中逻辑关系： $(7)=(2)+(3)+(4)+(5)+(6)$ ； $(13)=(9)+(10)+(11)+(12)$ ； $(14)=(7)+(8)+(13)$ 。

3. 设区的市级卫生健康行政部门应于每年 2 月 10 日，5 月 10 日，8 月 10 日，11 月 10 日前分别完成上一季度季报审核，报省妇幼保健院。

附件 3

《出生医学证明》领取审批表

申请单位 (单位公章)		负责人 (手写签名)	
申请日期		申请单位上批 领取时间	
申请单位上批 领取数量		上批结余数量	
本次申请数量		领取人 (手写签名)	
领取人电话		领取人 身份证号码	
出生证明号段		出库经办人 (手写签名)	
上级妇幼保健 院意见	签字： 年 月 日		

注：《出生医学证明》的申领实行首问负责制和审批制。

附件 4

申领经办人（委托人）证明

（样表）

委 托 单 位：_____

经办人（被委托人）：_____

联系电话（手机）：_____

（委托）办理事项：_____

经办人（被委托人）身份证明复印件粘贴处

委托单位盖章

年 月 日

附件 5

《出生医学证明》入库登记本

_____单位

序号	入库日期	证件起止编号	数量	入库审核人(1)	入库审核人(2)	备注

出生医学证明出入保险柜登记本

日期	取出记录						放回记录					
	时	分	编号起止号码	数量	审核人	审核人	时	分	编号起止号码	数量	审核人	审核人

附件 6

印章刻制式样、要求

(略)

附件 7

出生医学信息报告卡

《出生医学证明》编号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

新生儿信息	新生儿姓名_____ 性别_____ 出生时间_____年_____月_____日_____时_____分 出生孕周_____周 出生体重_____克(g) 出生身长_____厘米(cm) 出生地点_____省_____市_____县(区) 出生地点行政区划代码□□□□□□ □ 医疗机构名称_____ 接生人员_____
母亲信息	母亲姓名_____ 病案号_____ 母亲出生日期_____ 母亲年龄_____ 母亲国籍_____ 母亲民族_____ 母亲户籍所在地_____省(区、市) 母亲户籍所在地省级行政区划代码□□ 母亲住址_____ 母亲身份证件类别_____ 母亲身份证件号码_____
父亲信息	父亲姓名_____ 父亲出生日期_____ 父亲年龄_____ 父亲国籍_____ 父亲民族_____ 父亲住址_____ 父亲身份证件类别_____ 父亲身份证件号码_____
领证人	姓名_____ 与新生儿关系_____ 身份证件类别_____ 身份证件号码_____
签发机构	机构名称_____ 行政区划代码 □□□□□□ 组织机构代码 □□□□□□□□-□ 机构类别代码 □□□□ 签发人员_____
签发信息	签发类型_____ 原《出生医学证明》编号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 原证件正副页交回情况_____ 换发原因类别_____ 补发原因类别_____ 签发日期_____年_____月_____日

填报单位_____ 填报人_____ 联系电话_____ 填报日期_____年_____月_____日

填报说明：1. 本表由《出生医学证明》签发机构填报。

2. 本单位签发的《出生医学证明》均需填报，换发、补发证件需重新填报。

3. 证件签发 10 日内通过省级出生医学证明管理信息系统网络报告。

附件 8

《出生医学证明》首次签发登记表

分 娩 信 息					
产妇姓名		住院病历号			
新生儿性别		出生日期	年	月	日
出生孕周	周	出生体重	克	出生身长	厘米
出生地点	省	市	县(区)	乡	医疗机构名称
是否途中急产	是	否			
以上内容由接生人员填写,请核对正确无误后签字确认。					
接生人员签字:		录入操作员:		填表日期: 年 月 日	
新生儿姓名及其父母相关信息					
是否提供父母信息: 是 否 (只提供)					
新生儿姓名					
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
领证人	姓名		与新生儿关系		
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
以上内容由领证人填写,请核对正确无误后签字确认,并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发,证件上的各项信息原则上不应变更。					
领证人签字:		填表日期:		年 月 日	

注:1. 在首次签发登记表背面粘贴《出生医学证明》存根、新生儿父亲、母亲有效身份证件复印件等材料。

2. 表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写,所有项目要字迹清楚。若出现涂改,相应内容须由接生人员或领证人签字确认。

首次签发要求

《出生医学证明》由正页、副页和存根三部分组成，所有项目要填写齐全、字迹清楚、内容准确。签发机构审验申请人提交的相关材料后，按照《出生医学证明首次签发登记表》内容签发，不得涂改，并做好签发登记。

一、新生儿信息。

1. 新生儿姓氏原则上随父姓或随母姓。有正当理由的，可以依据全国人大关于对民法通则第九十九条第一款、婚姻法第二十二条款的立法解释，在父姓和母姓之外选取姓氏，应当提交符合立法解释规定情形的相应凭证。

2. 新生儿名字（除姓氏外）原则上应使用国务院最新公布的《通用规范汉字表》中的汉字填写，不得使用汉语拼音、字母、数字和其他符号，不得使用中英文夹杂的姓名。

3. 新生儿父母一方或双方为外籍的，“新生儿姓名”栏可填写中文或英文。

二、新生儿父母信息。

新生儿父母信息应按照有效证件信息填写。

1. 一方或双方为外籍人士的，其姓名可填写中文或英文，其他信息填写中文。

2. “年龄”栏填写新生儿出生时其父母的年龄，原则上以有效身份证件为准。

3. 新生儿父亲或母亲为香港、澳门特区和台湾地区居民的，

在“国籍”栏分别填写“中国（香港）”、“中国（澳门）”和“中国（台湾）”。

4. 未提供民族信息的，“民族”栏可填写“/”。

5. “住址”栏填写其有效身份证件地址或现住址。

6. “有效身份证件号码”包括：①大陆境内的中国居民，为中华人民共和国居民身份证（“有效身份证件号码”栏填写公民身份证号码）；②香港、澳门居民，为港澳居民往来内地通行证（填写通行证号码）或港澳居民居住证（填写通行证号码）；台湾居民，为台湾居民往来大陆通行证（填写通行证号码）或台湾居民居住证（填写通行证号码）③外籍公民，为护照（填写护照号码）

7. 对于新生儿父母与所提供身份证件的真实性、一致性存疑的，当地县级卫生健康行政部门向同级公安机关申请核查相关信息，当地公安机关负责核查并在5个工作日内反馈结果。经核查，证件不真实或人证不一致的，公安机关应记录并逐级上报，签发机构不予签发出生医学证明。

未提供新生儿父亲或母亲信息的，签发机构可仅填写新生儿母亲或父亲的信息和新生儿姓名、性别、出生时间、出生地点以及签发人员、签发机构、签发日期等信息，其余相应栏目处填写“/”。

8. 现役军人因特殊职业确实不能提供身份证件的，由所在部队团以上干部部门出具证明，并注明其身份证号码。

三、签发机构信息。

1. “签发人员签字”和“领证人员签字”栏分别由签发人员和领证人员签字。

2. “签发日期”栏按实际签发日期填写。

3. 在《出生医学证明》正页、副页和存根“签发机构（盖专用章）”处加盖出生医学证明专用章，盖印要使用红色印泥，清晰端正，不得涂抹，不得盖其他印章或骑缝章。签发机构加盖印章前应当认真核实《出生医学证明》上的信息，严禁在空白《出生医学证明》上盖章。

附件 9

办理《出生医学证明》授权委托书

(样表)

委托人姓名 (新生儿母亲):

身份证件类别:

有效身份证件号码:

联系电话:

受委托人姓名:

身份证件类别:

有效身份证件号码:

与新生儿关系:

联系电话:

委托人_____于_____年____月____日在_____ (新生儿出生地点)分娩,特授权委托_____ (受委托人姓名)办理_____ (新生儿姓名)的《出生医学证明》。

凡由受委托人在上述委托权利内,代理委托人行为所造成的法律结果,委托人均予以承认。

委托期限从_____年____月____日起至_____年____月____日止。

委托人签字 (按手印):

受委托人签字 (按手印):

年 月 日

年 月 日

附件 10

亲子关系声明

(样表)

_____ (新生儿姓名), 性别____, 是_____ (母亲姓名) 与_____ (父亲姓名) 亲生。

母亲姓名_____ 出生年月_____ 国籍_____ 民族_____

现居住地_____ 联系电话: _____

父亲姓名_____ 出生年月_____ 国籍_____ 民族_____

现居住地_____ 联系电话: _____

新生儿出生时间: _____年____月____日____时

新生儿出生地: _____省____市____县(区)____乡____村

因_____原因, 未在医院出生。

由_____ (接生人员姓名) 接生, 与新生儿关系_____。

出生时新生儿状况 1. 良好 2. 一般 3. 差

就以上事实特此声明。若不属实, 声明人愿负法律责任。

母亲签名 (指印): _____ 身份证号: _____ 日期: _____

父亲签名 (指印): _____ 身份证号: _____ 日期: _____

(或监护人签章): _____ 身份证号: _____ 日期: _____

证明人签名 (指印): _____ 证明人与新生儿关系: _____

有效身份证件号码: _____ 日期: _____

接生人签名 (指印): _____ 有效身份证件号码: _____ 日期: _____

情况证明

(样表)

本人证明孕妇_____于____年__月__日__时__分,在____省
____市____县(区)____乡镇____村,分娩____名____性活婴。

新生儿出生时健康状况:良好 一般 差

体重____克,身长____公分。

新生儿母亲住址:____省____市____县(区)____乡镇____村。

以上情况属实,特此证明,并自愿承担一切法律责任和后果。

证明人(指印): _____ 年 月 日

有效身份证件号码:

联系电话(手机):

新生儿母亲的有效身份证件号码:

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》 首次签发登记表

分娩信息、新生儿姓名及其父母相关信息					
新生儿姓名		性别		出生日期	年 月 日 时 分
出生地	市 县（区） 乡			出生孕周	周
健康状况	良好 一般 差	出生体重	克(g)	出生身长	公分 (cm)
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
户籍所在地					
现居住地					
领证人	姓名		与新生儿关系		
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
领证需提供材料					
<input type="checkbox"/> 亲子关系声明。 <input type="checkbox"/> 具有资质的鉴定机构出具的亲子鉴定证明原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 如有接生人员，需提供接生人员接生情况证明。					
<p>以上内容由领证人填写和提交，请核对正确无误后签字确认，并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息原则上不应变更。</p> <p>领证人签字：_____ 填表日期：_____ 年 月 日</p>					

注：1. 在首次登记表背面粘贴《出生医学证明》存根及相关材料。

2. 表中新生儿及其父母相关信息由领证人填写，要字迹清楚。若出现涂改，相应内容须由领证人签字确认。

办理《出生医学证明》书面声明

(样表)

本人姓名_____有效身份证件号码: _____

户籍地址_____省_____市_____县(区)

_____乡镇(办)_____村(居)。

新生儿母亲_____于_____年_____月_____日在_____

_____医院或_____分娩_____男(女)婴，

取名_____。

因_____

_____ (必填项)等原因，无法提供新生儿父亲 _____ (母亲 _____) 相关信息，本人自愿申请放弃父亲 (母亲) 相关信息的填写，按单亲为新生儿_____办理唯一的出生医学证明。

本人已获知，《出生医学证明》一经签发，证件上的各项信息不能更改、提供信息材料不真实需要承担的法律 responsibility。本人保证所提供的信息及相关材料是真实的，是本人真实意思表达。若今后出现由此带来的一切法律 responsibility 和法律纠纷，均由我本人承担，与签发单位无关。

特此声明。

声明人签字(手印):

_____年_____月_____日

注: 1. 本声明书限于单亲办理《出生医学证明》使用。

2. 新生儿父亲或母亲居民身份证复印件粘贴在背面。

医疗保健机构外出生的《出生医学证明》首次签发登记本

序号	领证日期	母亲姓名	父亲姓名	新生儿姓名	性别	出生日期	出生证编号	领证人有效身份证件号码	领证人签字	签发人签字	盖章人签字

附件 14

身份信息核查函

_____派出所：

_____（有效身份证件号码：_____）

在办理《出生医学证明》核查身份信息时，遇到二代身份证识别不能通过验证或_____的问题，请予以协助核查。

谢谢！

单位：（公章）

年 月 日

公安机关核查回执

一、提交核查的公民身份信息

姓名：_____；公民身份号码：_____。

二、核实结果

姓名：_____；公民身份号码：_____。

证件照片是否一致：_____；

户籍管理机关：_____。

备注：_____。

（户籍专用章）

年 月 日

附件 15

《出生医学证明》换发登记表

原证编号		新生儿姓名	
签发人员		签发机构	
换发原因及提供材料			
换发原因	无效证件换发	<input type="checkbox"/> 私拆副页 <input type="checkbox"/> 乱涂乱改 <input type="checkbox"/> 打印错误 <input type="checkbox"/> 字迹不清 <input type="checkbox"/> 项目不全 <input type="checkbox"/> 严重损坏 <input type="checkbox"/> 未加盖印章 <input type="checkbox"/> 其他原因导致无效（说明：_____）。	
	更改信息换发	<input type="checkbox"/> 提供法定鉴定机构出具的亲子鉴定证明，要求变更父亲或母亲信息的； <input type="checkbox"/> 经户口登记机关证实新生儿姓名不能进行出生登记的。	
提供和提交的材料		<input type="checkbox"/> 新生儿父母的书面申请。 <input type="checkbox"/> 新生儿父母身份证原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 领证人的身份证件原件和复印件。 <input type="checkbox"/> 如需要变更父母信息还需要提供亲子鉴定证明。	
原证正、副页交回情况		正页 正页和副页	

换发的新证信息					
新生儿姓名				性别	
出生时间					
出生孕周		出生体重		出生身长	
出生地点					医疗机构名称
母亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
父亲信息	姓名		年龄		
	国籍		民族		
	住址				
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
领证人	姓名		与新生儿关系		
	身份证件类别				
	有效身份证件号码				
以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相关法律责任。					
领证人签字：			日期：		
换发人员签字：			分管负责人签字：		

注：1. 在换发登记表背面粘贴换发后的《出生医学证明》存根、原证的正页或正、副页及相关材料。
2. 表中所有项目要字迹清楚，相应内容须由领证人签字确认。

附件 16

《出生医学证明》补发登记表

原证编号		新生儿姓名	
签发人员		签发机构	
补发原因及提供材料			
补发原因	<input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 被盗 <input type="checkbox"/> 其他（说明：_____）		
领证人需提供和提交的材料	<input type="checkbox"/> 新生儿父母书面申请 <input type="checkbox"/> 身份证件原件及复印件 <input type="checkbox"/> 委托领证人身份证件原件、复印件及授权委托书 <input type="checkbox"/> 原出生医学证明存根或副页复印件		
办理户口登记情况		已办理户口登记	未办理户口登记
补发的新证信息			
新生儿姓名		性别	
出生时间			
出生孕周		出生体重	出生身长
出生地点		医疗机构名称	
母亲信息	姓名	年龄	
	国籍	民族	
	住址		
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
父亲信息	姓名	年龄	
	国籍	民族	
	住址		
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
领证人	姓名	与新生儿关系	
	身份证件类别		
	有效身份证件号码		
以上内容由领证人填写，请核对正确无误后签字确认，并承担相关法律责任。			
领证人：		日期：	
补发人员签字：		分管负责人签字：	

注：1. 在补发登记表背面粘贴补发后的《出生医学证明》存根及相关材料。

2. 表中所有项目要字迹清楚，相应内容须由领证人签字确认。

《出生医学证明》补发登记本

序号	领证日期	母亲姓名	父亲姓名	新生儿姓名	性别	出生日期	原证编号	新证编号	补发原因	领证人有效身份证件号码	领证人签字	签发人签字	盖章人签字

附件 17

户籍核查函

_____派出所：

_____（原出生医学证明编号：_____）在
办理《出生医学证明》补发时，需要核查该新生儿是否已经落户，请
予以协助核查。

新生儿父亲(母亲)：_____（有效身份证件号码：_____）

谢谢！

单位：（公章）

年 月 日

附件 18

《出生医学证明》废证季度统计表

_____市_____县（区） 单位名称：_____

序号	出生医学证明编号	签发机构名称	组织机构代码	经办人

单位负责人：_____ 填表人：_____

联系方式：_____ 填表日期：_____年___月___日

注：设区的市级卫生健康行政部门应于每年 2 月 10 日，5 月 10 日，8 月 10 日，11 月 10 日前分别完成上一季度季报审核，报省妇幼保健院。

附件 19

《出生医学证明》真伪鉴定书

(鉴定机构使用)

新生儿姓名		证件编号	
签发机构名称			
申请鉴定的户口 登记机关		申请日期	
经办人签字		负责人签字	
真伪鉴定结果			
载体鉴定结果:			
信息核实结果:			
结论: 真 <input type="checkbox"/> 假 <input type="checkbox"/>			
鉴定机构 (盖章)			
年 月 日			

注: 载体鉴定结果和信息核实结果一项为假, 结论为假。

《出生医学证明》终身责任制承诺书

《出生医学证明》是依据《中华人民共和国母婴保健法》出具、证明新生儿出生状况和血亲关系、具有法律效力的医学证明文书，对保护新生儿合法权益具有重要意义。本人承诺在《出生医学证明》管理和签发过程中依法履行相应职责，并终身承担相应责任。

1. 自觉遵守法律法规，严格执行《出生医学证明》相关管理规定。

2. 秉持守法、敬业、诚信的职业精神，尽职尽责完成《出生医学证明》各项管理和签发工作。

3. 拒绝和抵制利用职务之便盗取、转卖、签发虚假内容的《出生医学证明》等违法违纪行为，依法承担相应行政和法律责任。

4. 对工作中知悉的个人信息应予保密。

本承诺书一式三份，一份由承诺人本人留存，一份由承诺人所在机构备案，一份由承诺人所在机构的卫生健康行政部门存档。

承 诺 人：

机构盖章：

日 期：

关于《出生医学证明》监管相关法律法规

一、《中华人民共和国母婴保健法》

第三十五条：未取得国家颁发的有关合格证书的，有下列行为之一，县级以上地方人民政府卫生行政部门应当予以制止，并可以根据情节给予警告或者处以罚款：

（一）从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断或者医学技术鉴定的；

（二）施行终止妊娠手术的；

（三）出具本法规定的有关医学证明的。

前款第（三）项出具的有关医学证明无效。

二、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

第四十条：医疗、保健机构或者人员未取得母婴保健技术许可，擅自从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断、终止妊娠手术和医学技术鉴定或者出具有关医学证明的，由卫生行政部门给予警告，责令停止违法行为，没收违法所得；违法所得 5000 元以上的，并处违法所得 3 倍以上 5 倍以下的罚款；没有违法所得或者违法所得不足 5000 元的，并处 5000 元以上 2 万元以下的罚款。

第四十一条：从事母婴保健技术服务的人员出具虚假医学

证明文件的，依法给予行政处分；有下列情形之一的，由原发证部门撤销相应的母婴保健技术执业资格或者医师执业证书：

- （一）因延误诊治，造成严重后果的；
- （二）给当事人身心健康造成严重后果的；
- （三）造成其他严重后果的。

三、《医疗机构管理条例》

第三十二条： 未经医师（士）亲自诊查病人，医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或者死亡证明书等证明文件；未经医师（士）、助产人员亲自接产，医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。

四、《医疗机构管理条例实施细则》

第八十二条： 出具虚假证明文件，情节轻微的，给予警告，并可处以五百元以下的罚款；有下列情形之一的，处以五百元以上一千元以下的罚款：

- （一）出具虚假证明文件造成延误诊治的；
- （二）出具虚假证明文件给患者精神造成伤害的；
- （三）造成其他危害后果的。

对直接责任人员由所在单位或者上级机关给予行政处分。

五、《中华人民共和国执业医师法》

第三十七条： 医师在执业活动中，违反本法规定，有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

… …

(四) 未经亲自诊查、调查, 签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的;

(五) 隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的;

… …

(九) 泄露患者隐私, 造成严重后果的;

(十) 利用职务之便, 索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的;

… …。

六、《中华人民共和国刑法》

第二百五十三条之一: 国家机关或者金融、电信、交通、教育、医疗等单位的工作人员, 违反国家规定, 将本单位在履行职责或者提供服务过程中获得的公民个人信息, 出售或者非法提供给他人, 情节严重的, 处三年以下有期徒刑或者拘役, 并处或者单处罚金。

窃取或者以其他方法非法获取上述信息, 情节严重的, 依照前款的规定处罚。

单位犯前两款罪的, 对单位判处罚金, 并对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员, 依照各该款的规定处罚。